
(Name, Vorname)

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Straße)

(PLZ, Ort)

(Telefonnummer)

Stadt Lügde
Der Bürgermeister
Am Markt 1
32676 Lügde

Antrag auf Einebnung einer Grabstätte

auf dem städtischen Friedhof in: _____

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Einebnung der Grabstätte:

(Name, Vorname des/der Verstorbenen)

Einzelgrab Sterbedatum: _____

__-stelliges Grab Sterbedaten: _____

Kindergrab Sterbedatum: _____

Urnengrab Sterbedaten: _____

Grabdenkmal vorhanden: ja , nein

„Entsorgung“ durch die Stadt Lügde: ja , nein

Lagebeschreibung der Grabstätte: _____

FH-Feld: _____ Grabstättennummer: _____

Erklärung:

Ich/Wir erkläre(n) hiermit ausdrücklich, dass ich/wir allein für die vor genannte Grabstätte verantwortlich bin/sind.

Weitere bzw. nächstehende Angehörige sind mit/uns nicht bekannt oder sind für die vor genannte Grabstätte nicht verantwortlich.

Eine formlose Einverständniserklärung weiterer Angehöriger zu diesem Antrag ist beigelegt.

Unterschrift(en)